

УДК 616.891.7+159.923

© А. В. Брюханов, 2009.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕЗАДАПТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

А. В. Брюханов*Военно-медицинский клинический центр Крымского региона, г. Севастополь.*

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ESTIMATION AND DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF DEADAPTATION STATES OF SERVICEMEN

A. V. Bryukhanov

SUMMARY

Diagnostics and expert estimation of deadaptation states is a topical problem of modern psychiatry. This article represents an examination of deadaptation states from the point of view of deviant behavior of accentuated personalities. The research results were confirmed by psychological and neurophysiological methods.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА І ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ДЕЗАДАПТИВНИХ СТАНІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

О. В. Брюханов

РЕЗЮМЕ

Діагностична і експертна оцінка дезадаптивних станів є актуальною проблемою сучасної психіатрії. У цієї роботі розглядаються дезадаптивні стани з погляду девіантної поведінки у акцентуованих осіб. Результати дослідження підтверджувалися психологічними, нейрофізіологічними методами.

Ключевые слова: дезадаптивные состояния, акцентуации, расстройства личности.

Психическое здоровье выделяет одну из составляющих общего здоровья человека [33]. Под психическим здоровьем понимается такое состояние психики индивида, которое характеризуется цельностью и согласованностью всех психических функций организма, обеспечивающих чувство субъективной психической комфортности, способность к целенаправленной осмысленной деятельности, адекватные формы поведения с учетом этнокультуральных особенностей и критериев [15].

Дезадаптивные состояния (расстройства адаптации) являются актуальной проблемой современности. Расстройство адаптации, достаточно часто диагностируемое состояние в условиях клиники, и тем самым доказывает свое право на существование, однако терминология, методологические подходы, диагностические и прогностические критерии данной нозологии требуют дальнейшего обсуждения и уточнения. Данная статья отражает актуальность исследований, направленных на изучение начальных проявлений расстройств адаптации, закономерностей перехода донозологических дезадаптивных психологических реакций в клинически оформленные пограничные состояния. Целью настоящего исследования было изучение дезадаптивных состояний у военнослужащих, выделение основных медико-психологических характеристик данной нозологии. Диагностическая категория “расстройство адаптации” появилась в классификации DSM-II в 1968 г. и была официально признана в МКБ-9 в 1978 г. До этого для обозначения таких состояний использовался термин

“преходящие ситуационные расстройства”. Под расстройством адаптации понимается развитие в ответ на разнообразные психотравмирующие события или ситуации (имеющие причинное значение) симптомов, представляющих собой формы приспособления к этим стрессовым факторам или к их долговременным последствиям. Согласно МКБ-10, диагноз зависит от тщательной оценки взаимосвязей и соотношения между следующими тремя аспектами: форма, содержание и тяжесть симптоматики; анамнез и особенности личности; психотравмирующие события или ситуации либо кризисные моменты в жизни [20]. Расстройство адаптации всегда было спорной диагностической категорией; некоторые авторы описывали его как диагноз «мусорной корзины», который используют исходя из таких расплывчатых и всеохватных критериев, что он становится «бесполезным», другие характеризовали как «загадочную форму нозологической сущности» или отмечали его «неустойчивость». В тех случаях, когда психологическая дезадаптация приобретает затяжной характер, с появлением клинически очерченных и более стойких невротических проявлений (в виде тревоги, агрессивности, отгороженности, гиперактивности, истероформных и других расстройств поведения) на фоне неадекватно измененной системы отношений личности, говорят о «преневротических состояниях» [22]. Однако остается несомненным, что пациенты с расстройствами адаптации отличаются от лиц с диагнозом аффективных расстройств по многим параметрам, включая различия в природе психотравми-

рующего воздействия по сравнению с другими аффективными расстройствами и различия в индивидуальной предрасположенности или уязвимости, как в плане социальной изоляции, так и в отношении расстройств личности. В свою очередь расстройства личности являются одним из наиболее сложных разделов военной психиатрии как в клинко-диагностической, так и в экспертной оценке, особенно с учетом формальности предоставляемых анкетных данных и характеристик на призывников. Исходя из определения специфического расстройства личности по МКБ-Х – «это тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией. Личностное расстройство возникает обычно в позднем детстве или подростковом возрасте и продолжает проявляться в периоде зрелости. Поэтому диагноз личностного расстройства вряд ли адекватен до 16-17 летнего возраста» [20]. Тем самым понятна профессиональная, философская, этическая и юридическая проблема выставления подобного диагноза молодому человеку в начале его социальной жизни, тем более что по результатам лонгитудинальных наблюдений, в большинстве случаев, выставленный за период службы в армии диагноз расстройства личности не подтверждается последующими наблюдениями и не является катamnестически обоснованным, что обусловило применение «неуверенного» понятия «транзиторное расстройство личности» [29]. Более интересным и корректным является применение диагноза «транзиторные девиации поведения у акцентуированной личности», тем более что существует значительный разброс личностных и психологических проявлений, не соответствующих жесткому и категорическому по своей сути определению личностного расстройства. Акцентуация характера, по Личко, - это чрезмерное усиление отдельных черт характера, при котором наблюдаются не выходящие за пределы нормы отклонения в психологии и поведении человека, граничащие с патологией. Такие акцентуации как временные состояния психики чаще всего наблюдаются в подростковом и раннем юношеском возрасте. При действии психогенных факторов, адресующихся к «месту наименьшего сопротивления» могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в поведении [29]. Имеются многочисленные публикации, свидетельствующие о возможности возникновения патологических личностных свойств исключительно или преимущественно под влиянием психогенных воздействий [2],[4],[7],[11]. Исследования акцентуации личности показывают, что таковые могут развиваться под влиянием особого рода психических травм или трудных ситуаций в жизни, которые предъявляют повышенные требования к наиболее уязвимому месту в характере [5], [11], [35]. Лич-

ностные изменения при дезадаптивных состояниях выходят за рамки ограниченных диагностических категорий, которые дает МКБ-Х под названием «расстройство адаптации» (F43). Их нельзя отнести ни к таким личностным изменениям, как акцентуации, ни к таким расстройствам личности, как психопатии. Личностные изменения часто появляются вслед за стрессовым воздействием и выходят за рамки обычного нормального развития личности. Несомненно, между вариантами нормы (акцентуациями) и специфическими расстройствами личности имеется целый набор аномальных личностных реакций. Так несформированность личности, отличается особой склонностью к разнообразным нарушениям поведения и определяет относительную легкость возникновения различных преходящих или более стойких отклонений процесса формирования личности под действием разнообразных неблагоприятных факторов, как микросоциально-психологических, так и биологических. Актуальность изучения данной группы нарушений определяется не только их относительной частотой, но и социальной значимостью для профилактики правонарушений и преступности военнослужащих, а также других форм социальной дезадаптации личности. В рамках дезадаптационных состояний В.Я. Семке, по признаку ведущей симптоматики, выделяет патохарактерологический клинический уровень [33]. Патохарактерологическое реагирование наблюдается: 1. По неустойчивому типу — уход от ситуации, прекращение социальной активности. 2. По возбудимому типу — аффективно-взрывные реакции, которые становятся преобладающей формой коммуникации [16]. К патохарактерологическим реакциям относятся реактивные состояния, которые проявляются ситуационно обусловленными патологическими нарушениями поведения, ведущими к социально - психологической дезадаптации и могут сочетаться с невротическими, соматовегетативными расстройствами; преобладают аффективная возбудимость, эмоционально-волевая неустойчивость. Продолжительность патохарактерологических реакций измеряется неделями, месяцами, иногда годами. В отличие от расстройств личности, отсутствуют тотальность и стабильность нарушений характера (ситуационная обусловленность реакций). Определена зависимость тяжести дезадаптации от клинической картины патохарактерологического состояния, где ведущую роль играют аффективно-возбудимый и неустойчивый типы. На клиническую картину патохарактерологических реакций патопластическое влияние оказывает преморбидный фон, в частности, резидуально-органическая недостаточность, усложняющая клиническую картину, когда наряду с облигатными синдромами возникают разнообразные полиморфные факультативные синдромы. Они видоизменяют и утяжеляют динамику патохарактерологических реакций. Трансформация лич-

ностных характеристик при длительном воздействии стрессующей ситуации происходит значительно быстрее, чем формирование акцентуаций в привычных условиях жизни, и ее следствием становится парциальная дисгармония личности, проявляющаяся преимущественно в поведенческих девиациях. Согласно определению девиантное поведение – «это устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся ее социальной дезадаптацией»; «агрессивное и делинквентное (асоциальное) поведение» - повторяющиеся устойчивые действия или поступки, включающие главным образом агрессивность деструктивной и асоциальной направленности с картиной глубоко распространившейся дезадаптации поведения [27]. Они проявляются либо в попрании прав других людей, либо в нарушении характерных социальных норм или правил». В ряде работ указывается, что ближайшие первичные реакции в ответ на острое стрессовое воздействие наиболее благоприятными были у гипертимных, неустойчивых и конформных личностей [34]. Однако именно среди них чаще развивались расстройства адаптации в отдаленном периоде. В противоположность тому, наличие шизоидной, сенситивной, астеноневротической, лабильной и психастенической акцентуации более предрасполагало к затяжному течению в ближайшем периоде, тогда как расстройства адаптации в катмнезе при названных типах акцентуаций развивались реже [12],[13]. Эпилептоидная акцентуация способствовала затяженности развития, а в отдаленном периоде течение расстройства адаптации зависело от преобладающих копинг стратегий. Затяжное течение в значительной мере обуславливалось стратегиями избегания, установками на изменение ситуации и «бегство» из нее или на отказ от преодоления трудностей. Протест, возмущение, направленность аффекта на окружающих являлись predisпозицией к развитию дезадаптации в отдаленном периоде. Наконец, мрачность прогноза, направленность тревожных опасений в будущее, самообвинение и аутоагрессивные тенденции ухудшали прогноз как ближайших, так и отдаленных исходов. Существуют представления об аномальной личностной изменчивости с выделением статистически вероятностного промежуточного диапазона, располагающегося между психологической нормой - акцентуированными личностями (диапазон крайних вариантов психологической нормы) и различной степенью выраженности патологическими психическими конституциями (диапазон психопатий) [5],[6],[34]. С этой точки зрения, промежуточный конституционально - типологический диапазон пограничной аномальной личности является связующим континуальным звеном между психической нормой и патологической личностной конституцией. Если наблюдается дрейф личностно-

типологической изменчивости, обусловленной внешними или внутренними воздействиями, за пределы границ нормы, то именно следующий континуальный диапазон пограничной аномальной личности отражает природное неблагополучие и увеличивает риск дезадаптивного патологического поведенческого и личностного реагирования.

У субъектов с признаками конституционально-типологической изменчивости, соответствующей диагностическому диапазону пограничной аномальной личности, наблюдаются более или менее значительные затруднения социально-психологической адаптации, ограничены возможности компенсации за счет сужения «нормы-реакции», ослабления индивидуального барьера психологической, психофизиологической и психической адаптации, что не может не сказаться на уровне толерантности к внешним патогенным стрессорам, которая у представителей пограничной аномальной личности значительно ниже, чем у акцентуантов. В связи с этим индивидуальный барьер психической и психологической адаптации гораздо легче подвергается деструкции, сопровождающейся его «прорывом», что на психологическом и психическом уровнях проявляется в виде поведенческих, личностных расстройств, а также донозологическими психическими непатологическими реакциями и ранними клиническими признаками пограничных нервно-психических расстройств. Личностная конституционально-типологическая изменчивость обуславливает трансформацию личности от психологической нормы к пограничной аномальной личности и далее к патологической психической конституции в виде расстройства личности. Именно выраженность вариационной личностной изменчивости, конституционально детерминированной, ответственна за особенности преломления внешних факторов, условий, через внутреннее (конституциональное) содержание личности. Социально-психологическая адаптивность, толерантность, устойчивость индивидуального барьера психической, психофизиологической и психологической адаптации, компенсаторные возможности личности в отношении биологических, психологических, информационных и иных патогенных стрессоров, в значительной мере зависят от взаимодействия, взаимоотношения конституционально-типологических личностных основ и внешних информационных воздействий [19].

Таким образом, попытка в данной статье рассмотреть дезадаптивные состояния с позиций мультидисциплинарного подхода, а не только как психопатологический феномен, обусловлена актуальностью проблемы и требованиями, предъявляемыми к современной психиатрии рассматривать проявления личностных реакций с позиций гуманности, корректности, отхода от стереотипов и стигматизации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 140 пациентов с выставленным диагнозом «расстройство адаптации». При исследовании использовались следующие методы: клинико-психопатологический, психопатологическое исследование, нейрофизиологическое исследование. Батарея психологических тестов включала в себя исследование индивидуальных психологических особенностей (ММРІ, опросник Айзенка, тест Леонгарда, методика «незаконченные предложения», 16-факторный личностный опросник Р. Б. Кэттелла, проективные методики: «рисунок семьи», «несуществующее животное», «дом, дерево, человек»). Средний возраст обследуемых составил $18,0 \pm 0,6$ года. Преморбид обследуемых характеризовался следующими особенностями: в 59% наблюдений обследуемые воспитывались в неполных семьях, в 49% отмечена низкая успеваемость, в 34% - аддиктивное поведение (употребление алкоголя, психоактивных веществ, гемблинговое поведение); более 47% опрошенных матерей пациентов указывали на «проблемы при родах», «Д»-наблюдение у педиатра на первом году жизни в связи с «плаксивостью, плохим аппетитом, проблемами», однако документальной медицинской информации, к сожалению, не было представлено.

Результаты и их обсуждение

Было проанализировано 140 историй пациентов с использованием клинико-психопатологического метода по МКБ-10 классифицированных как: расстройство адаптации по типу смешанного расстройства эмоций и поведения (F43.25)-110 человек, 78,57%; расстройство адаптации по типу смешанной тревожной и депрессивной реакции (F43.22)-24 человека, 17,14%; расстройство адаптации по типу кратковременной депрессивной реакции (F43.20)-6 человек, 4,28%. Согласно результатов психологических исследований у всех испытуемых выявлена акцентуация личности; распределение по частоте встречаемости типов акцентуации у пациентов с диагнозом расстройство адаптации отображено в таблице 1. 131 пациент (93,57%) при поступлении высказывали суицидальные угрозы, из них у 40 испытуемых (30,53%) отмечалось аутоагрессивное поведение с нанесением самоповреждений, что расценивалось как незавершенная суицидальная попытка демонстративно-шантажного характера; у всех 131 испытуемых, согласно данных характеристик, сообщений сослуживцев отмечена социальная дезадаптация, социальная изоляция (отсутствие устойчивых социальных взаимоотношений внутри коллектива, конфликтная установка), неспособность выполнять возложенные обязанности, склонность к побегу. Приведенные результаты согласуются с представлениями о преходящих, транзиторных изменениях у акцентуантов по данным других исследователей [12],[13],[22],[26],[32] (см. таблицу 1). Анализ частот распределения типов

акцентуации и наличия расстройств адаптации показал, что среди лиц, имеющих расстройства адаптации чаще отмечались демонстративный (40/28,57%), гипертимный (35/25%), эмотивный (33/23,51%), возбудимый (9/6,4%) типы личности. Объяснением тому, что именно при названных типах личностной акцентуации изучаемые расстройства адаптации встречаются чаще, служит особая чувствительность к психической травматизации. Акцентуированный гипертимный тип, не переносящий однообразие, монотонность, изоляцию от сверстников, требования распорядка дня и регламентированную иерархию взаимоотношений, предрасполагает к возникновению расстройства адаптации. Импульсивность, крайняя раздражительность, фрустрированность, агрессивность и легкость возникновения реакции мести в отношении источников психической травматизации, характерные для акцентуированного возбудимого типа, также повышают вероятность появления дезадаптивных состояний. Самыми чувствительными для демонстративных акцентуантов являются удары по эгоцентризму, опасения быть осмеянными, разоблачение вымыслов, утрата внимания со стороны значимых лиц, - все это способно привести к аффективным реакциям демонстративного типа, в том числе суицидального шантажа. Что касается эмотивного типа, то повышенные впечатлительность, ранимость, чувствительность, импрессивность, эмпатия приводят к возникновению не только расстройства адаптации, но и вторичной психической травматизации. Остальные типы личностной акцентуации тоже подвержены возникновению расстройств адаптации, но в данном случае речь идет о частоте возникновения этих расстройств у основных типов. Чем более выражены преморбидные личностные особенности, тем более они определяют клиническую картину и тем быстрее формируется синдром, характерный для данного типа личности.

Следствием трансформации личностных характеристик при сочетанном воздействии длительного стрессорного фактора и психофизиологических особенностей военной службы становится парциальная дисгармония личности, проявляющаяся преимущественно в поведенческих девиациях. Данные этой работы показывают, что выявления симптомов расстройства адаптации и степени их выраженности без учета личностных особенностей недостаточно для представления полной картины изменений, вызываемых длительными психоэмоциональными нагрузками, и может привести к патологической трансформации личности.

ВЫВОДЫ

1. В случае экспертной оценки психической деятельности в психиатрии главной и ведущей ролью обладает клиническое наблюдение и детальное исследование феноменов и психических состояний. Для

Таблица 1

Распределение типов акцентуации среди пациентов с диагнозом F 43

Тип акцентуации Количество /процент	А.В. Брюханов 2005г n=140	Н.В. Короткова 2000г n=224	Х.Б. Ахмедова 2004г n=274	И.В. Боев 1999г	А.Е. Личко 1983г	А.А. Реан 1991г
	Деадаптивные состояния (удовлетворяющие критериям F 43)				Делинквентное поведение	
Демонстративный	40/28,57%*			*	*52%(3)	менее 10%
Застревающий	1/0,7%		32* 11,67%	*	(5)	*24%
Педантичный	2/1,42%					
Возбудимый	9 /6,4%*	*	15* 5,47%	*	*(2)	*36%
Гипертимный	35 /25%*				*(1)	*76%
Дистимический	8 /5,7%		30*10,9%			
Тревожно-боязливый	7 /5%	*				
Аффективно-экзальтированный						
Эмотивный	33/ 23,51%*		55*20%		*36%(4)	*36%
Циклотимный	5/ 3,57%	*		*		*48%

Примечание: * достоверно чаще ($p < 0,001$) встречаемый в выборке тип акцентуации у пациентов с диагнозом F 43.

расстройств личности (или психопатий традиционно) несомненно, также характерны, присущие другим нозологиям – патоморфоз, патопластичность, динамика развития психопатологического феномена. Деадаптивные состояния характеризуются не только различными видами нарушениями поведения, но и полиморфизмом клинических патопсихологических проявлений. Попытка рассмотрения деадаптивных состояний как транзиторных, ситуационно обусловленных, личностных реакций, наряду с уходом от стереотипных оценок поведенческих нарушений, является актуальной для психиатрии.

2. По результатам проведенного анализа деадаптивных состояний, обращает на себя внимание их транзиторность наряду с разнообразием клинических проявлений, четкая связь и соответствие типам акцентуации, преимущественность наличия нарушений поведения, благоприятный прогноз.

3. Определены соответствия нарушений поведения определенным типам акцентуации, основные дифференциальные критерии по оси «акцентуация-расстройство личности».

4. Данные патопсихологических исследований, наряду с анамнестическим анализом преморбиды подтверждают потребность в дальнейшем изучении причин девиантного поведения как формы проявления деадаптации.

5. Применение различных методов медико-психологической коррекции с учетом личностного про-

филя на этапе адаптации к новым условиям существования, являются необходимым условием сохранения психического здоровья военнослужащих.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксаков И.А. Клинико-социальные аспекты состояния психического здоровья комиссованных военнослужащих срочной службы. Автореф. дис. к-та мед. наук. М., 2007.
2. Александровский Ю.А. и др. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1993.
4. Александровский Ю.А. Чрезвычайные ситуации и психогенные расстройства // Совр. психиатрия. 1998. № 1. С. 5-8.
5. Ахвердова О.А., Белашева И.В., Боев И.В. Психолого-антропологическая характеристика пограничной аномальной личности // Социальная психология - 21 век - г. Ярославль. Изд-во: МАПН, 1999. -С.25
6. Ахвердова О.А., Боев И.В., Гюлушанян К.С. Конституционально-континуальное пространство аномальной личностной изменчивости // Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе - г. Санкт-Петербург, 2001.
7. Ахвердова О.А., Боев И.В., Золотарев С.В. Психологическая характеристика жертв терроризма в остром периоде // Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе - г. Санкт-Петербург. 2001. -С.30-48

8. Ахвердова О.А., Боев И.В., Золотарев С.В. Энергоинформационная структура личности - индикатор адекватности психофармакокоррекции асоциального поведения // Серийные убийства и социальная агрессия: что ожидает нас в 21 веке? Медицинские аспекты социальной агрессии - г. Ростов-на-Дону, Изд-во: «Феникс» 2001г.-С.34-37
9. Ахвердова О.А., Боев И.В., Золотарев С.В. Определение психофизиологической конгруэнтности психофармакологических препаратов конституционально-типологическим основам личности // Биологические основы индивидуальной чувствительности к психотропным средствам - г. Суздаль, 2001г. С.21
10. Ахвердова О.А., Боев И.В., Губарева Л.И. Особенности психики подростков с девиантными формами поведения // Экология и здоровье человека. Экологическое образование. Математические модели и информационные технологии. - г. Краснодар. 2001г. С.358
11. Ахвердова О. А., Волоскова Н. Н., Белых Т. В. Дифференциальная психология: теоретические и прикладные аспекты исследования интегральной индивидуальности. - Изд-во «Речь».- 2004г.
12. Ахмедова Х.Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни. Журнал Вопросы психологии №3, 2004г.- С.-93
13. Боев И.В., Кочергина А.В. Зависимость структуры психологических и психопатологических реакций у жертв терроризма от личностно-типологических особенностей // Психиатрия на рубеже тысячелетий: Материалы научно-практ. конф. психиатров Юга России. Ростов-н/Д.: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 1999. С. 394-402.
14. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. М.: Триада-Х, 1999.
15. Дмитриева Т.Б. Охрана психического здоровья как стратегическая задача отечественной психиатрии // Медицина в Кузбассе. Спецвыпуск: проблемы медицины и психиатрии. 2003. № 3. С. 22–24.
16. Дроздовский Ю.В., Семке В.Я., Аксёнова М.М., Яровиков П.А. Распространённость и структура формирующихся расстройств личности у подростков с нарушениями поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии: научно-практическое издание. -2002.- №4.-С.33-34
17. Дроздовский Ю. В., Семке В. Я., Аксенов М. М. Клинико-эпидемиологические исследования при патологическом расстройстве личности у подростков с нарушениями поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии: научно-практическое издание - 1998. - №3.-С.53-54
18. Дроздовский Ю. В., Семке В. Я., Аксенов М. М., Яровиков П. А. Распространённость и структура формирующихся расстройств у подростков с нарушениями поведения / Сибирский медицинский университет / Сибирский вестник психиатрии и наркологии: научно-практическое издание. - 2004. №2.-С.31-35
19. Дроздовский Ю. В., Ю. Б. Хмелева Клинико-социальные аспекты суицидального поведения в детском и подростковом возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии: научно-практическое издание.- 2002. - №1.-С.114-115
20. Заика Е.В., Крейдун И.П., Ячина А.С. Психологическая характеристика личности подростков с отклоняющимся поведением // Журнал Вопросы психологии №4, 1990г.- С.83-91.
21. Классификация психических и поведенческих расстройств. МКБ-10 (Клиническое описание и указания по диагностике). ВОЗ. СПб.: Оверлайд, 1994.
22. Короткова Н.В. Психологические и медико-социальные особенности ветеранов локальных войн: Канд. дис. СПб., 2000.
23. Курпатов В.И. Профилактика, лечение и реабилитация психогенно обусловленных расстройств у состава Военно-морского флота Автореф. д-ра мед наук. -СПб., 1994. -С.41.
24. Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев: Вища школа, 1981.
25. Литвинцев С. В., Снедков Е.В., Шамрей В.К. Психическое здоровье военнослужащих. Методическое пособие. ВМА. С-Петербург, 1999г.
26. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина, 1983
27. Личко А.Е. Попов Ю.В. Саморазрушающее поведение у подростков. Социальная психиатрия. Л., 1990.
28. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие. М.: МЕДпресс, 2001.
29. Немов Р.С. Психология, М:1998. – С. –409
30. Нечипоренко В.В. Психопатии молодого возраста (клиника, диагностика, военно-врачебная экспертиза). Автореф. дис. д-ра мед. наук. Л., 1989.
31. Попов Ю.В. Патологические реакции в юношеском возрасте. Журн. неврол. и психиатр. 1986; 86(11): 1659–62.
32. Реан А.А. Характерологические особенности подростков-делинквентов // Вопросы психологии. - №4. - 1991. - С. 139-144
33. Семке В.Я. Основа персонологии. М.: Академический Проект, 2001.
34. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. -С.140-167.
35. Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов М.Ф. Психическое здоровье ветеранов афганской войны / Под ред. П.И. Сидорова. - Изд. центр Архангельской гос. мед. акад., 1999. - С. 42-54.
36. Хмелева Ю. Б., Дроздовский Ю. В. Роль конституционально-биологического фактора при совершении суицидов детьми и подростками // Сибирский вестник психиатрии и наркологии: научно-практическое издание.-2002.-№4.-С.22-24
37. Эйдемиллер Э.Г. Константность и динамические изменения личности: перспективы исследования. Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1994; С: 67–70.